

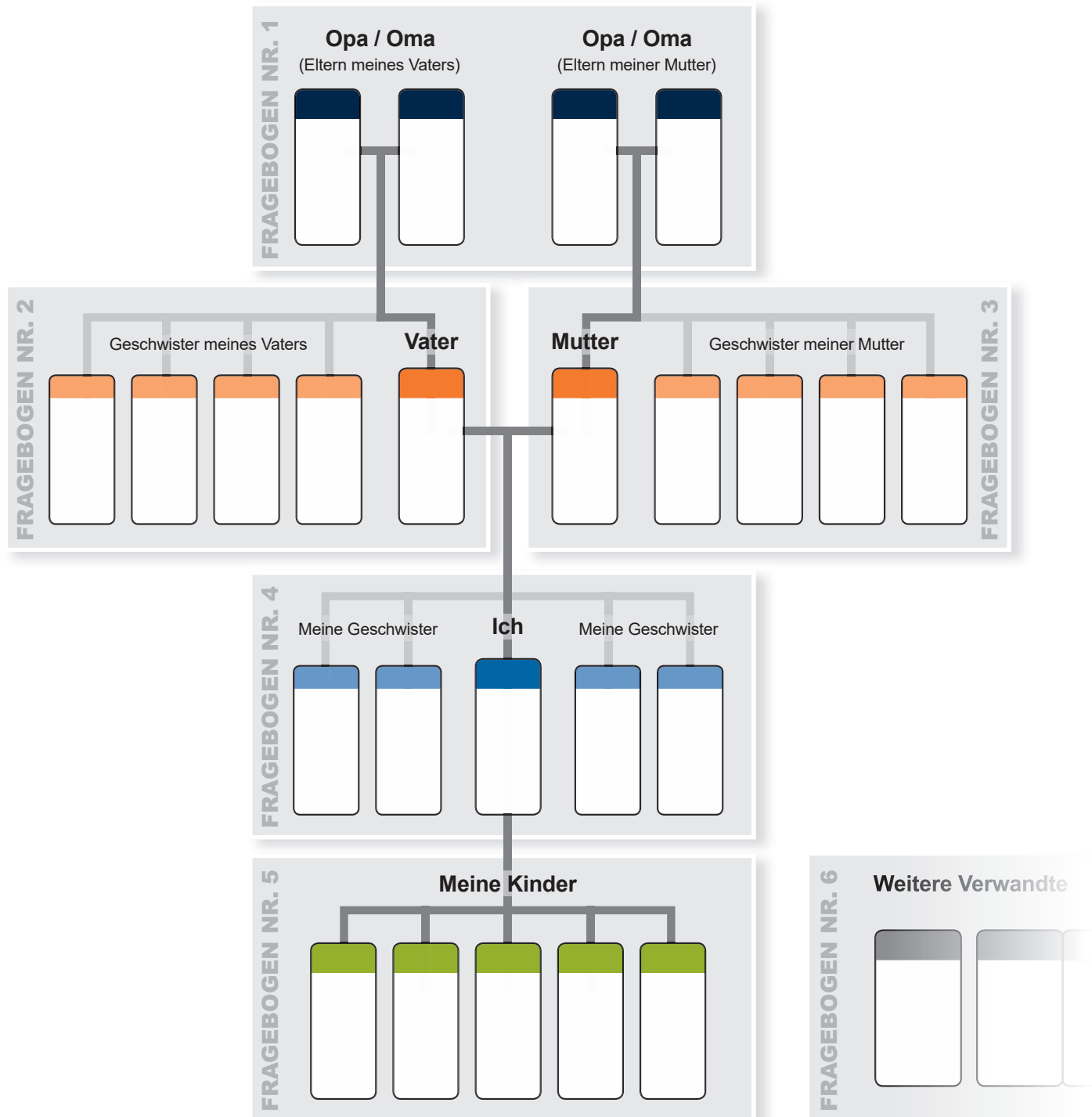
## Stammbaumerhebung zu familiärem Krebs

Name, Vorname:

Geburtsdatum:



# Erläuterungen zur Stammbaumerhebung



Sehr geehrte Frau

Im Folgenden finden Sie sechs Fragebögen, vergrößerte Auszüge aus der Übersicht des nebenstehenden Familienstammbaums. Bitte füllen Sie die markierten Felder in den Fragebögen aus.



Nicht zutreffende Felder (z.B. mehr vorgesehene Geschwister als vorhanden) streichen Sie bitte durch. Sollten in Ihrer Familie Halbgeschwister vorkommen bitten wir Sie dies zu vermerken, mit Angabe, ob die Person die gleiche Mutter oder den gleichen Vater hat. Im zusätzlichen Fragebogen Nr. 6 können sie Angaben zu weiteren nicht im Schema erfassten Verwandten machen, die an einer Krebserkrankung leiden/litten. Bitte versuchen Sie möglichst genaue Angaben dazu zu machen, wie diese mit Ihnen verwandt sind.

Falls Sie Fragen haben, können Sie uns jederzeit unter **089 4140-6751** oder **089 4140-7406** erreichen.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihr

Dr. med. Ulrich Schatz  
Leiter Gynäkologische Tumorgenetik  
Frauenklinik und Poliklinik  
Klinikum rechts der Isar  
Technische Universität München  
Klinikum rechts der Isar



# Oma / Opa

## Eltern meines Vaters

## Eltern meiner Mutter

### Opa 1

Name (freiwillige Angabe): 

\_\_\_\_\_

Geburtsjahr: \_\_\_\_\_

lebend  verstorben

Alter bzw. Sterbealter:

\_\_\_\_\_ Jahre

Krebserkrankung:

nein  ja

Krebs-Diagnosealter:

\_\_\_\_\_ Jahre

Krebsart: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Oma 1

Name (freiwillige Angabe): 

\_\_\_\_\_

Geburtsjahr: \_\_\_\_\_

lebend  verstorben

Alter bzw. Sterbealter:

\_\_\_\_\_ Jahre

Krebserkrankung:

nein  ja

Krebs-Diagnosealter:

\_\_\_\_\_ Jahre

Krebsart: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Opa 2

Name (freiwillige Angabe): 

\_\_\_\_\_

Geburtsjahr: \_\_\_\_\_

lebend  verstorben

Alter bzw. Sterbealter:

\_\_\_\_\_ Jahre

Krebserkrankung:

nein  ja

Krebs-Diagnosealter:

\_\_\_\_\_ Jahre

Krebsart: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Oma 2

Name (freiwillige Angabe): 

\_\_\_\_\_

Geburtsjahr: \_\_\_\_\_

lebend  verstorben

Alter bzw. Sterbealter:

\_\_\_\_\_ Jahre

Krebserkrankung:

nein  ja

Krebs-Diagnosealter:

\_\_\_\_\_ Jahre

Krebsart: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Markierte Felder  bitte ausfüllen)



# Vater

## Geschwister meines Vaters

(nicht vorhandene bitte durchstreichen)

### Geschwister 4

Name (freiwillige Angabe): 

\_\_\_\_\_

männlich  weiblich

Geburtsjahr: \_\_\_\_\_

lebend  verstorben

Alter bzw. Sterbealter:

\_\_\_\_\_ Jahre

Krebserkrankung:

nein  ja

Krebs-Diagnosealter:

\_\_\_\_\_ Jahre

Krebsart: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Geschwister 3

Name (freiwillige Angabe): 

\_\_\_\_\_

männlich  weiblich

Geburtsjahr: \_\_\_\_\_

lebend  verstorben

Alter bzw. Sterbealter:

\_\_\_\_\_ Jahre

Krebserkrankung:

nein  ja

Krebs-Diagnosealter:

\_\_\_\_\_ Jahre

Krebsart: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Geschwister 2

Name (freiwillige Angabe): 

\_\_\_\_\_

männlich  weiblich

Geburtsjahr: \_\_\_\_\_

lebend  verstorben

Alter bzw. Sterbealter:

\_\_\_\_\_ Jahre

Krebserkrankung:

nein  ja

Krebs-Diagnosealter:

\_\_\_\_\_ Jahre

Krebsart: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Geschwister 1

Name (freiwillige Angabe): 

\_\_\_\_\_

männlich  weiblich

Geburtsjahr: \_\_\_\_\_

lebend  verstorben

Alter bzw. Sterbealter:

\_\_\_\_\_ Jahre

Krebserkrankung:

nein  ja

Krebs-Diagnosealter:

\_\_\_\_\_ Jahre

Krebsart: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Vater

Name (freiwillige Angabe): 

\_\_\_\_\_

Geburtsjahr: \_\_\_\_\_

lebend  verstorben

Alter bzw. Sterbealter:

\_\_\_\_\_ Jahre

Krebserkrankung:

nein  ja

Krebs-Diagnosealter:

\_\_\_\_\_ Jahre

Krebsart: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# Mutter

## Geschwister meiner Mutter

(nicht vorhandene bitte durchstreichen)

### Mutter

Name (freiwillige Angabe):

\_\_\_\_\_

Geburtsjahr: \_\_\_\_\_

lebend  verstorben

Alter bzw. Sterbealter:

\_\_\_\_\_ Jahre

Krebserkrankung:

nein  ja

Krebs-Diagnosealter:

\_\_\_\_\_ Jahre

Krebsart: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bemerkungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Geschwister 1

Name (freiwillige Angabe):

\_\_\_\_\_

männlich  weiblich

Geburtsjahr: \_\_\_\_\_

lebend  verstorben

Alter bzw. Sterbealter:

\_\_\_\_\_ Jahre

Krebserkrankung:

nein  ja

Krebs-Diagnosealter:

\_\_\_\_\_ Jahre

Krebsart: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bemerkungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Geschwister 2

Name (freiwillige Angabe):

\_\_\_\_\_

männlich  weiblich

Geburtsjahr: \_\_\_\_\_

lebend  verstorben

Alter bzw. Sterbealter:

\_\_\_\_\_ Jahre

Krebserkrankung:

nein  ja

Krebs-Diagnosealter:

\_\_\_\_\_ Jahre

Krebsart: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bemerkungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Geschwister 3

Name (freiwillige Angabe):

\_\_\_\_\_

männlich  weiblich

Geburtsjahr: \_\_\_\_\_

lebend  verstorben

Alter bzw. Sterbealter:

\_\_\_\_\_ Jahre

Krebserkrankung:

nein  ja

Krebs-Diagnosealter:

\_\_\_\_\_ Jahre

Krebsart: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bemerkungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Geschwister 4

Name (freiwillige Angabe):

\_\_\_\_\_

männlich  weiblich

Geburtsjahr: \_\_\_\_\_

lebend  verstorben

Alter bzw. Sterbealter:

\_\_\_\_\_ Jahre

Krebserkrankung:

nein  ja

Krebs-Diagnosealter:

\_\_\_\_\_ Jahre

Krebsart: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bemerkungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Markierte Felder  bitte ausfüllen)




# Ich


## Meine Geschwister

(nicht vorhandene bitte durchstreichen)

## Meine Geschwister

(nicht vorhandene bitte durchstreichen)

**Geschwister 1** 

**Name** (freiwillige Angabe): 

\_\_\_\_\_

männlich    weiblich

**Geburtsjahr:** \_\_\_\_\_

lebend    verstorben

**Alter bzw. Sterbealter:**  
\_\_\_\_\_ Jahre

**Krebserkrankung:**  
 nein    ja

**Krebs-Diagnosealter:**  
\_\_\_\_\_ Jahre

**Krebsart:** \_\_\_\_\_


\_\_\_\_\_


**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Geschwister 2** 

**Name** (freiwillige Angabe): 

\_\_\_\_\_

männlich    weiblich

**Geburtsjahr:** \_\_\_\_\_

lebend    verstorben

**Alter bzw. Sterbealter:**  
\_\_\_\_\_ Jahre

**Krebserkrankung:**  
 nein    ja

**Krebs-Diagnosealter:**  
\_\_\_\_\_ Jahre

**Krebsart:** \_\_\_\_\_


\_\_\_\_\_


**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ich** 

**Name** (freiwillige Angabe): 

\_\_\_\_\_

**Geburtsjahr:** \_\_\_\_\_

**Alter:** \_\_\_\_\_ Jahre

**Krebserkrankung:**  
 nein    ja

**Krebs-Diagnosealter:**  
\_\_\_\_\_ Jahre

**Krebsart:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_


**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_


\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Geschwister 3** 

**Name** (freiwillige Angabe): 

\_\_\_\_\_

männlich    weiblich

**Geburtsjahr:** \_\_\_\_\_

lebend    verstorben

**Alter bzw. Sterbealter:**  
\_\_\_\_\_ Jahre

**Krebserkrankung:**  
 nein    ja

**Krebs-Diagnosealter:**  
\_\_\_\_\_ Jahre

**Krebsart:** \_\_\_\_\_


\_\_\_\_\_


**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Geschwister 4** 

**Name** (freiwillige Angabe): 

\_\_\_\_\_

männlich    weiblich

**Geburtsjahr:** \_\_\_\_\_

lebend    verstorben

**Alter bzw. Sterbealter:**  
\_\_\_\_\_ Jahre

**Krebserkrankung:**  
 nein    ja

**Krebs-Diagnosealter:**  
\_\_\_\_\_ Jahre

**Krebsart:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_


\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Markierte Felder  bitte ausfüllen)



# Meine Kinder

**Kind 1** 

**Name (freiwillige Angabe):** \_\_\_\_\_

männlich  weiblich

**Geburtsjahr:** \_\_\_\_\_

lebend  verstorben

**Alter bzw. Sterbealter:**  
\_\_\_\_\_ Jahre

**Krebserkrankung:**  
 nein  ja

**Krebs-Diagnosealter:**  
\_\_\_\_\_ Jahre

**Krebsart:** \_\_\_\_\_


**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Kind 2** 

**Name (freiwillige Angabe):** \_\_\_\_\_

männlich  weiblich

**Geburtsjahr:** \_\_\_\_\_

lebend  verstorben

**Alter bzw. Sterbealter:**  
\_\_\_\_\_ Jahre

**Krebserkrankung:**  
 nein  ja

**Krebs-Diagnosealter:**  
\_\_\_\_\_ Jahre

**Krebsart:** \_\_\_\_\_


**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Kind 3** 

**Name (freiwillige Angabe):** \_\_\_\_\_

männlich  weiblich

**Geburtsjahr:** \_\_\_\_\_

lebend  verstorben

**Alter bzw. Sterbealter:**  
\_\_\_\_\_ Jahre

**Krebserkrankung:**  
 nein  ja

**Krebs-Diagnosealter:**  
\_\_\_\_\_ Jahre

**Krebsart:** \_\_\_\_\_


**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Kind 4** 

**Name (freiwillige Angabe):** \_\_\_\_\_

männlich  weiblich

**Geburtsjahr:** \_\_\_\_\_

lebend  verstorben

**Alter bzw. Sterbealter:**  
\_\_\_\_\_ Jahre

**Krebserkrankung:**  
 nein  ja

**Krebs-Diagnosealter:**  
\_\_\_\_\_ Jahre

**Krebsart:** \_\_\_\_\_


**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Kind 5** 

**Name (freiwillige Angabe):** \_\_\_\_\_

männlich  weiblich

**Geburtsjahr:** \_\_\_\_\_

lebend  verstorben

**Alter bzw. Sterbealter:**  
\_\_\_\_\_ Jahre

**Krebserkrankung:**  
 nein  ja

**Krebs-Diagnosealter:**  
\_\_\_\_\_ Jahre

**Krebsart:** \_\_\_\_\_

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_


\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# Weitere Verwandte mit Krebserkrankung

Im Folgenden sollen Krebserkrankungen von im Stammbaum nicht angeführten Personen dargelegt werden. Bitte beschreiben Sie insbesondere wie diese Personen mit Ihnen verwandt sind und/oder vermerken Sie dies mit einer Fußnote (\*Zahl) im schematischen Stammbaum. Bitte geben Sie auch an, ob Befunde der erkrankten Angehörigen vorliegen bzw. nachgereicht werden.

**Verwandter 1** 

männlich  weiblich

**Verwandschaftsgrad:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Geburtsjahr:** \_\_\_\_\_

lebend  verstorben


**Alter bzw. Sterbealter:**  
\_\_\_\_\_ Jahre

**Krebserkrankung:**  
 nein  ja

**Krebs-Diagnosealter:**  
\_\_\_\_\_ Jahre

**Krebsart:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Verwandter 2** 

männlich  weiblich

**Verwandschaftsgrad:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Geburtsjahr:** \_\_\_\_\_

lebend  verstorben


**Alter bzw. Sterbealter:**  
\_\_\_\_\_ Jahre

**Krebserkrankung:**  
 nein  ja

**Krebs-Diagnosealter:**  
\_\_\_\_\_ Jahre

**Krebsart:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Verwandter 3** 

männlich  weiblich

**Verwandschaftsgrad:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Geburtsjahr:** \_\_\_\_\_

lebend  verstorben


**Alter bzw. Sterbealter:**  
\_\_\_\_\_ Jahre

**Krebserkrankung:**  
 nein  ja

**Krebs-Diagnosealter:**  
\_\_\_\_\_ Jahre

**Krebsart:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Verwandter 4** 

männlich  weiblich

**Verwandschaftsgrad:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Geburtsjahr:** \_\_\_\_\_

lebend  verstorben

**Alter bzw. Sterbealter:**  
\_\_\_\_\_ Jahre

**Krebserkrankung:**  
 nein  ja

**Krebs-Diagnosealter:**  
\_\_\_\_\_ Jahre

**Krebsart:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_